

SABORES DE ALVALADE! 2019



ALVALADE
Junta de Freguesia



AÇAL
Associação Gastronómica do Alvalade



LISBOA
Câmara Municipal

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome do **Estabelecimento**:

Nome da **Entidade Exploradora**:

Morada: _____

Localidade: _____

Telefone: _____ **Fax**: _____

E-mail: _____

Horário de **funcionamento**: _____

Dia de **descanso semanal**: _____

Período de **encerramento para férias**: _____

Prato tradicional a concurso: _____

Dia em que o prato **está disponível**: _____

Preço do Prato: _____ €

Doce a concurso: _____

Preço do Doce: _____ €

Declaro que tomei conhecimento das presentes **Normas de Participação** e que aceito participar no concurso gastronómico Sabores de Alvalade.

Data e Local ____/____/____ _____

Assinatura _____